

## 石切生喜病院 セカンドオピニオン外来 申込書

相談は診断・治療に関する内容に限ること及び自費として定められた金額を支払うことに同意の上、以下の内容で、貴院のセカンドオピニオン外来受診を申込みます。

平成 年 月 日 申込者氏名 \_\_\_\_\_

患者さまの氏名・性別	ふりがな  <span style="float: right;">殿 男・女</span>
生年月日 (年齢)	明治・大正・昭和・平成 年 月 日生 ( 歳)
ご住所	〒 _____
ご相談者の連絡先	電話 ( )
	FAX ( )
	E-mail @
ご相談者の続柄	ご本人 ・ 家族 (続柄 )
ご相談の希望日	第1希望 月 日
	第2希望 月 日
	第3希望 月 日
疾患名	# 1 # 2 # 3
ご相談の具体的な内容 (用紙が不足している場合は別紙にご記入下さい)	
主治医の医療機関とお名前・ 所在地・電話番号 (お分かりになる範囲で結構です。)	_____ 病院 ・ 診療所 _____ 科 _____ 先生 TEL ( )

ご相談当日は、紹介状および出来るかぎりの検査資料をお借りしてお持ちください。  
料金は30分 10,500円です。(消費税込み、全額自費で保健適応されません)。  
ご希望のご相談日に添うように調整しますが、他の患者さまの治療都合もありますので、ご希望に添えないことがあります。ご了承ください。

**【確定内容 (病院記載欄)】**

相談日時	月 日 ( ) 時 分
担当医	科 医師
相談場所	診療科診察室 ・ その他

**【お問い合わせ】** 〒579-8026 東大阪市弥生町18-28

医療法人 藤井会 石切生喜病院 地域医療連携室

TEL 072-988-3284

FAX 072-988-3624